

L'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE LA FAMILLE EN MATIÈRE DE SANTÉ (E.F.F.)

Marie-France Thibaudeau • Mary Reidy • Marielle St-Félix-Beauger

L'échelle d'Évaluation du fonctionnement de la famille en matière de santé (E.F.F.) a été construite dans le but d'aider les infirmières en santé communautaire à structurer leurs observations des familles qu'elles soignent et à les guider dans leur évaluation des comportements familiaux. Bien que les auteurs se soient inspirés du "Family Coping Index" (Freeman et Lowe, 1962), l'échelle E.F.F. a été construite, validée et utilisée dans le cadre d'un projet de recherche (Thibaudeau, Reidy, D'Amours, et Frappier, 1983) auprès de familles défavorisées, pour diagnostiquer le fonctionnement de la famille en matière de santé et planifier les soins de l'infirmière. Elle a aussi été utilisée pour mesurer périodiquement le changement global et le changement de certains aspects spécifiques du fonctionnement de la famille en matière de santé. Cet article présente les grandes lignes du cadre théorique de l'échelle et du guide d'évaluation, les étapes de validation de ces outils et les résultats de diverses analyses statistiques.

Définition des concepts

Le terme "santé" est utilisé ici dans un sens très large. Il recouvre les concepts de bien-être physique, psychologique et social, d'absence de maladie, de satisfaction des besoins fondamentaux, de comportements relatifs à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, d'utilisation adéquate des ressources de santé et de bien-être, de salubrité de l'environnement et d'habileté à résoudre des problèmes de santé, de même que la capacité de faire face aux exigences constantes et aux crises de la vie et la faculté de s'actualiser à travers un rôle social utile.

Marie-France Thibaudeau, inf. M.Sc.N., est doyenne et professeur titulaire, Mary Reidy, inf., M.Sc.(App.), est professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières Université de Montréal, et Marielle St-Félix-Beauger, inf., M.N., est infirmière clinicienne de médecine familiale, Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal.

Les auteurs remercient Santé et Bien-être social Canada pour l'aide reçue.

La famille est un groupe composé d'un ou deux parents unis par les liens du mariage ou une relation stable et d'un ou de plusieurs enfants. Ce groupe a une identité propre. Les personnes qui le composent vivent sous le même toit; elles sont en relation les unes avec les autres à travers leurs rôles familiaux et elles partagent la même culture. La famille est un système ouvert, dans un environnement qui lui fournit des ressources; elle contribue au développement et à l'équilibre de cet environnement par ses fonctions de reproduction, de socialisation, d'éducation et d'économie.

Le fonctionnement de la famille est défini en termes d'interaction et de cohésion à l'intérieur de celle-ci, en termes d'habileté, comme groupe, à répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux de ses membres, de capacité à faire face aux situations stressantes de la vie et de participation à la vie communautaire. Le fonctionnement peut aussi être défini en termes de compétence à remplir adéquatement les rôles que la société lui assigne; il s'agit également de la responsabilité que les membres assument pour eux-mêmes et pour la famille selon leur âge et leurs capacités.

Le cadre théorique

La famille est l'objet d'études de diverses disciplines qui la perçoivent à travers des lunettes propres à chacune et qui leur permettent de l'observer, de la décrire et de l'analyser. Dans sa recension des techniques d'évaluation de la famille, Strauss (1978) rapporte une grande diversité dans les cadres conceptuels sur le fonctionnement de la famille et dans les guides, inventaires et méthodes pour évaluer la famille, le couple et les interactions parents-enfants.

Plusieurs auteurs ont élaboré des instruments de mesure intéressants mais qui ne concordaient pas avec notre cadre théorique (au début de l'étude en 1976), ou qui n'avaient pas été suffisamment validés pour être utilisés dans un projet de recherche (Boardman, Lyzanski, et Cottrell, 1975; Brown et Rutter, 1966; Epstein, Bishop, et Levin, 1978; Geismar, 1964; Moos, Insel, et Humphrey, 1974; Pless et Satterwhite, 1975).

Les auteurs en sciences infirmières utilisent, de façon générale, deux grandes orientations dans l'analyse de la famille: la méthode structurale fonctionnelle, étroitement reliée à la théorie des systèmes (Friedman, 1981; Minuchin, 1974) et l'approche interactionnelle couramment utilisée en thérapie familiale (Haley, 1971; Jackson, 1968; Satir, 1967). Nous avons adopté une approche éclectique et construit notre propre modèle à partir de concepts de diverses orientations à l'intérieur d'un cadre systémique et du "Family Coping Index" élaboré

par Freeman et Lowe (1962) en collaboration avec le VNA Richmond. Cet index est basé sur le concept de besoin en soins infirmiers et il peut être utilisé pour des évaluations périodiques. Les catégories de soins ou de difficultés avec lesquels la famille doit composer sont au nombre de neuf: (a) indépendance physique; (b) compétence thérapeutique; (c) compétence émotionnelle; (d) connaissance de la condition de santé; (e) application des principes d'hygiène; (f) attitude envers la santé; (g) vie familiale; (h) environnement physique; (i) utilisation des services communautaires.

Nous nous sommes largement inspirées de cet outil, surtout de sa structure. Nous avons utilisé certaines catégories; nous en avons supprimé quelques unes et en avons ajouté d'autres. Nous avons modifié dans une large mesure le contenu des critères. Aussi, notre guide est en essence différent de celui de Freeman et Lowe.

L'état actuel et le raffinement de notre échelle est tributaire de nombreux auteurs tels que David (1980), Kelman (1965), Lazarus (1980), Pratt (1976) et Robinson (1971), autant au niveau de la définition des concepts globaux tels que la famille, qu'au niveau des concepts spécifiques tels que les comportements de santé, le *coping*, les modes de vie, les attitudes face à la santé.

Nous nous sommes aussi largement inspirées des caractéristiques de la famille normale et en santé décrites par Lewis, Beavers, Gossett, et Phillips (1976): (a) la communication entre les membres; (b) l'unité des parents; (c) la flexibilité dans les rôles; (d) l'habileté à fonctionner en présence de stress psychologique; (e) le rôle fondamental de la mère comme premier membre à souffrir de la désorganisation familiale; (f) la maladie physique comme critère de fonctionnement.

En résumé, nous avons adopté une approche éclectique, adaptant certaines notions tirées de différents auteurs ou écoles de pensée. Cette approche nous a permis d'abord de mettre l'accent sur les dimensions de la santé qui sont parties intégrantes de la vie quotidienne de la famille et qui sont pertinentes au champ d'action de l'infirmière et ensuite, d'élaborer un cadre théorique suffisamment complet.

Echelle du fonctionnement de la famille

L'échelle E.F.F. comporte neuf dimensions relatives à divers aspects du fonctionnement de la famille. Le schéma qui suit présente ces dimensions:

Dimensions du fonctionnement de la famille

A. Connaissance en matière de santé.

B. Habileté à résoudre des problèmes de santé et à prévenir des complications.

- C. Habitudes de santé et application des principes d'hygiène.
- D. Attitudes envers la santé, les services et les travailleurs de la santé.
- E. Capacité de faire face aux situations stressantes (coping).
- F. Modes de vie familiale.
- G. Action sur l'environnement physique.
- H. La connaissance et l'utilisation des services de santé et de bien-être.
- I. Participation à la vie communautaire.

Dans la version préliminaire de l'E.F.F., chaque dimension est évaluée sur une échelle de 1 à 5. Le chiffre 1 correspond au niveau le plus bas et le chiffre 5 se rapporte à une très grande compétence. Une description non exhaustive est donnée pour chaque niveau et pour chaque dimension pour aider l'infirmière à situer correctement la famille. Ces descriptions ne sont qu'un guide et l'infirmière doit évaluer les différents comportements et manifestations relatifs à chaque dimension. Pour compléter son évaluation, l'infirmière décrit en termes opérationnels et concrets sous la colonne "commentaires," les comportements de la famille qui lui ont permis de la classer à un niveau donné et ce, pour chacune des dimensions.

Les infirmières qui ont utilisé la version finale de l'E.F.F. n'ont pas trouvé l'échelle en cinq points suffisamment précise. C'est pourquoi, on leur a permis de placer leurs familles sur des points intercalés entre chacun des cinq niveaux définis. Les échelles des catégories sont donc passées de cinq à neuf points (voir l'annexe A). Le score total de l'E.F.F. peut donc varier de 9 à 81 points avec un point médian théorique de 45. Un score élevé indique un haut niveau de compétence; un score peu élevé indique un bas niveau de compétence.

Le schéma suivant représente la version finale de l'échelle de chaque catégorie.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
(Niveau défini)		(Niveau défini)		(Niveau défini)		(Niveau défini)		(Niveau défini)
Bas niveau de compétence			Niveau moyen de compétence			Haut niveau de compétence		

Étapes du processus de validation

Pour être utile comme instrument de recherche, l'échelle d'évaluation familiale doit être valide et fidèle. Elle doit aussi répondre à ces critères si elle est utilisée pour des fins cliniques, quoique le critère de fidélité relatif à l'exclusivité des dimensions soit moins important. Nous avons donc poursuivi différentes étapes pour nous assurer de la

validité et de la fidélité de l'outil. Les premières étapes sont présentées dans l'étude de St-Félix-Beauger (1978), complétée cependant avant que les infirmières commencent le soin expérimental.

Dans un premier temps, 9 infirmières spécialistes ont étudié l'outil et le guide sur le plan de leur contenu, de la structure et de la pertinence d'utiliser cet outil de façon régulière dans des services de santé communautaire. Quelques modifications furent apportées à l'outil.

Dans un deuxième temps, 12 infirmières de trois CLSC et d'un département de santé communautaire ont choisi, parmi leurs familles, une famille qui fonctionnait bien et une qui fonctionnait mal. Elles ont fait une évaluation globale des deux familles choisies sur une échelle de cinq points et ont donné les raisons de leur évaluation. Ensuite, elles ont utilisé la première version de l'échelle selon les spécifications données dans un guide qui accompagne l'échelle. Un mois plus tard, elles ont refait l'évaluation des mêmes familles.

Dans un troisième temps, nous avons refait une autre collecte de données auprès de 8 infirmières seniors d'un service de santé urbain. Elles ont évalué, au total, 100 familles qu'elles assistaient et réévalué, après un délai d'un mois, 85 de ces familles.

L'analyse des données de cette deuxième collecte nous a donné les résultats suivants:

1. un accord élevé (85 %) entre les deux juges qui ont analysé la concordance entre la cote attribuée dans une dimension et les commentaires qui justifient cette cote (validité);

2. une corrélation de 0,86 (r de Pearson) entre l'évaluation globale de la famille faite par l'infirmière au début de l'étude et le score à l'échelle E.F.F. (validité);

3. une corrélation de 0,95 (r de Pearson) entre les deux évaluations de l'E.F.F. à un mois d'intervalle (fidélité);

4. la dimension "capacité de faire face aux situations de stress" reste toujours plus basse que toutes les autres;

5. l'analyse des courbes de fréquence démontre que trois dimensions, le *coping*, les modes de vie familiale, et l'action sur l'environnement physique, ont créé plus de difficultés aux infirmières que les autres;

6. l'analyse d'un questionnaire complémentaire, remis aux infirmières qui ont utilisé l'E.F.F., démontre qu'elles ont apprécié l'outil et que son utilisation les a aidées à structurer leurs observations et à planifier leurs soins.

L'étude de St-Félix-Beauger (1978) démontre de plus que certaines conditions sont requises pour que l'infirmière en santé communautaire utilise adéquatement l'E.F.F. Il est primordial que l'infirmière comprenne la structure et la dynamique de la famille et possède l'habileté à observer et à communiquer efficacement de façon à aider ses clients à clarifier le sens de leurs comportements. De plus, l'infirmière doit être capable d'établir des relations entre les événements et les comportements qui semblent significatifs, de façon à les regrouper sous la dimension appropriée de l'E.F.F.

Les différents niveaux de l'E.F.F. ont été raffinés à partir des résultats de ces analyses (voir exemple en annexe B). Ainsi, la version finale utilisée dans le projet auprès des familles défavorisées (Thibaudeau et coll., 1983) diffère légèrement de la version originale.

La quatrième étape a consisté à effectuer des analyses avec les données recueillies lors de notre projet auprès des familles défavorisées. Premièrement, nous avons effectué une analyse d'items pour éprouver la consistance interne. Le coefficient alpha de Cronbach demeure élevé et ce, même lorsque les groupes expérimental et témoin sont traités séparément (Gr. exp., $N = 45$, $\alpha = 0,8214$; Gr. Tém., $N = 38$, $\alpha = 0,8605$; Gr. combinés, $N = 83$, $\alpha = 0,8593$). Dans les trois cas, le retrait de l'un ou l'autre des items ne provoque pas une augmentation sensible d'alpha.

Ensuite, une analyse de composante principale a été effectuée avec 225 évaluations de façon à examiner l'unidimensionnalité de l'échelle. Avec la méthode sans rotation (facteur principal — sans rotation), le premier facteur regroupe les neuf dimensions de l'échelle avec une valeur de 0,65 ou plus et il explique 62,7% de la variance. Les autres facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres et n'expliquent que des proportions additionnelles minimales de la variance. Nous présentons la liste des valeurs pour chacune des dimensions:

Dimension	Facteur (Coefficient factoriel)
A	0,79
B	0,86
C	0,83
D	0,85
E	0,80
F	0,78
G	0,79
H	0,75
I	0,65
% de variance	62.7%

Les facteurs sont des "construits" ou variables hypothétiques que l'on croit mesurés par l'échelle (ou un groupe d'échelles). L'analyse factorielle en composante principale, tout comme les analyses factorielles, est une méthode utilisée pour déterminer le nombre et la nature de ces variables. Les résultats présentés ci-devant suggèrent fortement qu'une seule structure serait sous-jacente aux neuf dimensions de l'E.F.F. Ceci signifie que l'E.F.F. doit être considérée comme une mesure globale de la compétence de la famille en matière de santé.

Relations entre l'E.F.F. et d'autres instruments de mesure et variables

Nous avons étudié les relations entre l'E.F.F. et d'autres variables, mesurées au cours du projet dans le but de nous assurer davantage de la validité des concepts de l'échelle. Trois variables sont reliées à la santé de la mère ou à son habileté en matière de santé; ces dernières montrent des corrélations significatives (r de Pearson) autant avec les scores individuels des dimensions qu'avec le score total de l'échelle E.F.F. Les instruments utilisés et les variables mesurées sont les suivants:

INSTRUMENTS	VARIABLES MESURÉES
General Health Questionnaire (GHQ)	Stress vécu par la mère
Echelle de tension	Tension vécue par la mère (complémentaire au GHQ, symptômes spécifiques à cette population)
Foyer de contrôle de Levenson	Croyances:
— Interne (I)	— un contrôle intrinsèque sur les événements
— Puissance des autres (P)	— un contrôle par d'autres personnes plus puissantes que soi
— Hasard (C)	— les événements se produisent par hasard
Situations hypothétiques	Habileté de la mère à résoudre des problèmes de santé

Fonctionnement social

- | | |
|--|--|
| — Intensité des interactions dans le réseau social | — Interactions sociales avec la famille, les amis, les voisins, etc. |
| — Intensité de la participation sociale | — Fréquence ou degré de participation dans les groupes sociaux |

Les coefficients de corrélation et de probabilité sont donnés au Tableau 1. Il appert que le score total de l'E.F.F. est en corrélation négative avec l'échelle de Hasard de Levenson et en corrélation positive avec les situations hypothétiques et l'intensité des interactions dans le réseau social.

De plus, des relations significatives (r de Pearson) apparaissent aussi entre les dimensions de l'E.F.F. et les instruments utilisés pour évaluer la santé des mères ou de la famille. Six des neuf dimensions montrent des corrélations positives ($p \leq 0,05$) avec les situations hypothétiques (habileté de la mère à résoudre les problèmes de santé). Ainsi elles présentent un coefficient de corrélation de 0,2065 avec la dimension "Mode de vie familiale," de 0,4006 avec la dimension "Action sur l'environnement." Les trois autres dimensions "Capacité de faire face aux situations stressantes," "Connaissance et utilisation des ressources de la communauté" et "Participation à la vie communautaire" ont aussi des relations significatives avec cette variable ($p \leq 0,10$).

Qu'est-ce que tout cela signifie sur le plan clinique? Les différents aspects du fonctionnement de la famille en relation avec la santé de la mère sont reliés et, d'une certaine façon, peuvent être vus selon l'habileté de la mère à résoudre les problèmes de santé.

Chacune des sous-échelles "Interne" et "Puissance des autres" de l'échelle de Foyer de contrôle de Levenson est en corrélation significative ($p \leq 0,05$) et positive avec une seule dimension de l'E.F.F., soit respectivement "Action sur l'environnement" et "Connaissances en matière de santé et de maladie." Cependant, la sous-échelle "Hasard" est en corrélation négative ($p \leq 0,05$) avec toutes les dimensions, exception faite de la dimension "Connaissance et utilisation des ressources de la communauté."

Les instruments utilisés pour mesurer l'interaction sociale et la tension montrent aussi des corrélations positives avec plusieurs de ces dimensions. Il est intéressant de noter la corrélation négative ($p = 0,093$) entre l'échelle de Goldberg (GHQ) qui mesure le stress vécu par la mère et la "Capacité de la famille à faire face aux situations stressantes."

Tableau 1

Coefficients (r) de Pearson et niveaux de signification entre les dimensions et le score global de l'EFF et d'autres variables relatives à la santé des membres de la famille.

Echelles	Dimensions								Score global EFF
	A Connaiss.	B Habilité	C Habitudes	D Attitudes	E Coping	F Mode de vie	G Environn.	H Services	I Pert. soc.
Goldberg (N = 82)					-0,1833 ^a		0,2140*		
de tension (N = 82)			0,2390*				0,2376*		
Levenson: I (N = 207)	-0,1303*						0,1206*	0,1844 ^a	-0,1689**
P	-0,2693***	-0,1927**	-0,1561**	-0,1250**	-0,2060**	-0,1981**	-0,1901**		-0,2218**
C								0,1839 ^a	0,4064***
Sit. hypoth. (N = 82)	0,3908***	0,3434***	0,2985**	0,2681**	0,1870 ^a	0,2065*	0,4006***		
Fonction soc. (N = 82)									
-interaction du réseau								0,3797***	0,4263***
-intensité particip.			0,2462*						0,2189*

a p = 0,10
* p = 0,05
** p = 0,01
*** p = 0,001

Bien qu'aucune relation significative n'ait été trouvée entre le score global de l'E.F.F. et les mesures utilisées dans ce projet pour évaluer la santé des enfants d'âge pré-scolaire et scolaire, quelques relations significatives mais faibles apparaissent entre les dimensions spécifiques et certains de ces tests. Ainsi, l'échelle de Glidewell (Évaluation par la mère des problèmes de santé des enfants d'âge scolaire) et l'échelle des Comportements des enfants en matière de santé (Évaluation par la mère des problèmes de santé des enfants d'âge pré-scolaire) présentent des coefficients de corrélations négatives avec les scores de la famille à la dimension "Mode de vie familiale," soit respectivement $-0,2292$, $p = 0,078$ et $-0,1879$, $p = 0,095$.

Deux autres corrélations positives apparaissent entre la dimension "Connaissance et utilisation des ressources de la communauté" et (a) l'échelle de Butler (Évaluation par le professeur de la santé des enfants — concept positif) et (b) Observation du comportement des enfants âgés de 2-5 ans (Évaluation des problèmes par l'infirmière).

De plus, la compétence de la famille telle qu'elle est mesurée par l'E.F.F., est reliée au niveau de scolarité de la mère. Elle discrimine, en effet, les familles dont les mères ont une scolarité de niveau primaire ($N = 40$) de celles dont les mères ont une scolarité de niveau secondaire. (Prim. $\bar{X} = 29,35$; Second. $\bar{X} = 34,6$; différence significative entre les moyennes, $p = 0,01$). Elle discrimine aussi entre les familles qui reçoivent des prestations de bien-être social depuis moins de deux ans ($N = 31$), et celles qui en reçoivent depuis deux ans ou plus ($N = 35$) au moment de l'évaluation (moins de deux ans, $\bar{X} = 35,66$; deux ans ou plus $\bar{X} = 29,9$; différence significative entre les moyennes, $p = 0,4$).

Le type de la famille (un parent / deux parents), l'âge des parents, la source de revenu, la condition générale de la maison ne sont pas associés de façon significative avec le niveau de l'E.F.F. Il appert donc que les mères dont la famille fonctionne bien en matière de santé ont tendance à présenter un niveau de scolarité plus élevé, alors que la compétence des familles qui dépendent de l'aide sociale se détériore avec le temps.

Fonctionnement des familles défavorisées

Comme mentionné précédemment, l'échelle E.F.F. a été développée pour les fins d'un projet de recherche sur les familles défavorisées. Ce projet repose sur un protocole de recherche type quasi-expérimental (45 familles expérimentales et 38 familles témoins). Les familles expérimentales bénéficient de soins à domicile donnés par des infirmières entraînées à utiliser un modèle spécifiquement conçu pour ce projet.

Avant que débute l'intervention (Temps 1), le groupe témoin présente des scores significativement plus élevés ($\bar{X} = 30,5$, $p \leq 0,05$) que le groupe expérimental ($\bar{X} = 24,9$). A la fin de la période d'intervention (Temps 2), cette relation est inversée, le groupe expérimental présentant les scores les plus élevés. L'augmentation du score moyen durant la période expérimentale s'avère significative (Temps 2, groupe expérimental, $\bar{X} = 42,4$; groupe témoin, $\bar{X} = 30,3$). Le groupe témoin ne présente que peu de changement.

Il faut noter que les moyennes des groupes n'atteignent jamais le point médian (45) de l'échelle, au T_1 comme au T_2 . Aucune famille du groupe expérimental au T_1 , trois familles expérimentales au T_2 et deux familles du groupe témoin aux T_1 et T_2 présentent un score égal ou supérieur au point central de l'E.F.F. (qui, par définition, représente le niveau moyen ou acceptable de fonctionnement de la famille). D'autre part, lors du pré-test, un groupe de familles de niveau socio-économique moyen et présentant des problèmes sociaux et de santé relativement moins importants, obtinrent un score moyen supérieur au point médian. (La version de l'échelle utilisée dans le pré-test était cotée sur cinq points avec un point central global de 27; la moyenne des scores de ce groupe était de 30,6).

Le point médian théorique de chacune des neuf dimensions est 5. Les deux seules dimensions pour lesquelles les scores des groupes s'approchent du point médian sont l' "Action sur l'environnement physique" (4,03) T_2 et la "Connaissance et utilisation des ressources de la communauté" (4,13) T_2 . La dimension "Capacité de faire face aux situations stressantes" est celle qui présente le score le moins élevé et ce, pour chacun des deux groupes, au T_1 comme au T_2 .

Chaque dimension représente un aspect de la compétence de la famille. Bien que nous concluons que la compétence des familles du groupe expérimental augmente au cours de l'application du modèle, est-ce que cette augmentation de l'habileté varie d'une dimension à l'autre? L'examen des scores de chaque dimension pour le groupe expérimental peut sans doute nous fournir la réponse (les différences pour le groupe témoin s'avèrent trop minimes). Par exemple, nous constatons que les dimensions relatives au degré d'action sur l'environnement et au niveau de connaissance et d'utilisation des ressources communautaires de santé et de bien-être présentent les scores les plus élevés (comparativement aux sept autres dimensions, au T_1 comme au T_2). D'autre part, les deux types de compétence qui augmentent le plus sont celles qui présentent les scores les moins élevés au T_1 , soit "Capacité de faire face aux situations stressantes" et "Connaissance en matière de santé et de maladie."

Nous observons donc une tendance générale des positions relatives des groupes expérimental et témoin au T_1 à s'inverser au T_2 ; la moyenne des scores du premier groupe augmente de façon significative alors que celle du second demeure stable ou diminue légèrement.

Discussion

Pour construire l'échelle E.F.F., nous nous sommes inspirées de l'index "Family Coping" et nous avons élaboré un cadre conceptuel, en utilisant une approche éclectique de façon à produire un instrument qui soit le reflet de nos préoccupations cliniques, qui soit utilisable par des infirmières professionnelles et suffisamment fidèle pour mesurer le changement. Fondamentalement, nous voulions mesurer la compétence familiale à travers neuf ensembles de comportements. Les résultats des analyses statistiques, le coefficient alpha et l'analyse de composante principale nous laissent croire à l'unidimensionnalité de l'échelle. De plus, les corrélations positives entre la variable "habileté des mères à résoudre des problèmes de santé" et l'échelle globale, et huit des dimensions de l'E.F.F. concourent à assurer la validité de critères de l'outil.

Une grande partie des analyses ont été faites avec des familles défavorisées qui éprouvaient beaucoup de difficultés à composer avec les exigences de la vie quotidienne. Dans toutes les catégories de l'échelle, on obtient des scores bas. La grande pauvreté de ces familles semble déterminer l'ensemble de leur vie. Les scores obtenus sont donc le reflet de ce phénomène. En d'autres mots, tous les sujets se situent, au début de l'étude, à une extrémité de la courbe normale. Aurions-nous observé de plus grandes variations d'une catégorie à l'autre chez des familles "ordinaires" ou des familles de milieux plus aisés? Il serait intéressant de poursuivre l'étude avec une plus grande variété de familles, soit des familles de milieux socio-économiques variés et plus de familles biparentales. Les résultats obtenus par l'analyse multivariée et les questions qu'ils soulèvent indiquent qu'il faut raffiner le modèle de prédiction du fonctionnement de la famille.

Une des limites de l'échelle est son manque de précision. Aussi, il pourrait être utile d'élaborer des sous-échelles pour chaque dimension. Toutefois, en augmentant la complexité de l'échelle, on accroîtra probablement les difficultés d'utilisation. Les limites de l'outil semblent d'ailleurs plus liées aux conditions d'utilisation qu'à l'outil même.

L'utilisation adéquate de l'échelle dépend, dans une large mesure, de l'habileté de l'infirmière à observer une famille, à comprendre le sens

des interactions entre les membres de la famille, à communiquer efficacement et directement avec la famille de façon à clarifier la perception que cette dernière entretient de sa situation et de ses problèmes; en d'autres mots, l'infirmière doit avoir une grande compréhension de la dynamique et de la structure familiale. Elle doit aussi pouvoir déterminer quels comportements appartiennent à la même classe de comportements sinon la condition d'exclusivité entre les catégories n'est plus assurée.

Une des limites que nous avons rencontrées lors de la validation de l'échelle se rapporte à la difficulté de faire évaluer la même famille par deux infirmières ou une infirmière et une travailleuse sociale qui connaissent la famille et qui ont observé des interactions entre les membres de la famille récemment. Si l'on considère la pénurie de main d'oeuvre dans les services communautaires, il semble peu utile de proposer de poursuivre l'étude dans ce sens.

En conclusion, il semble qu'en dépit de certaines limites, l'E.F.F. soit un outil fidèle qui possède un niveau acceptable de validité de critères et de différenciation. Son utilité comme instrument clinique et sa valeur comme instrument de recherche ont été en partie démontrées. L'usage répété de l'outil pourra confirmer les résultats obtenus.

RÉFÉRENCES

- Boardman, V., Lyzanski, S. J., & Cottrell, L. S. (1975). School absences, illness and family competence. In B. H. Kaplan & J. C. Cassel (Eds.), *Family and health*. Chapel Hill: Institute for Research in Social Science, University of North Carolina.
- Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). Measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19, 241-263.
- David, H. P. (1980). Healthy family coping: Transnational perspectives. In L. A. Bond & J. C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counselling*, 4(4), 19-31.
- Freeman, R. B., & Lowe, M. (1962). A method for appraising family public health nursing needs. *American Journal of Public Health*, 53(1), 47-52.
- Friedman, M. M. (1981). *Family nursing theory and assessment*. New York: Appleton-Century Crofts.
- Geismar, L. L. (1964). *Understanding the multiproblem family*. New York: Association Press.
- Haley, J. (Ed.) (1971). *Changing families*. New York: Grune & Stratton.
- Jackson, D. (Ed.). (1968). *Communication, family and marriage*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

- Kelman, H. C. (1965). Compliance, identification and internalization: Three processes of attitude change. In A. Proshansky & B. Saidenberg (Eds.), *Basic studies in social psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lazarus, R. S. (1980). The stress and coping strategies. In L. A. Bond & J. C. Rosen (Eds.), *Competence and coping during adulthood*. Hanover, NH: University Press of New England.
- Lewis, J. M., Beavers, R. W., Gosset, J. I., & Phillips, V. A. (1976). *No single thread*. New York: Brunner/Mazel.
- Minuchin, S. (1974). *Family and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Moos, R. H., Insel, P. M., & Humphrey, B. (1974). *Family, work and group environment scales*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Pless, I. B., & Satterwhite, B. B. (1973). A measure of family functioning and its application. *Social Science and Medicine*, 7, 613-621.
- Pratt, L. (1976). *Family structure and effective health behavior: The energized family*. Boston: Houghton Mifflin.
- Robinson, D. (1971). *The process of becoming ill*. London: Routledge and Kegan Paul.
- St-Félix-Beauger, M. (1978). Validation d'une échelle d'évaluation du fonctionnement de la famille en matière de santé. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Strauss, M. A. (1978). *Family measurement techniques*. Abstracts of Published Instruments 1935-1974. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Thibaudeau, M.-F., Reidy, M., D'Amours, F., & Frappier, G. (1983). *Soins infirmiers aux familles défavorisées*. Rapport de recherche. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

ABSTRACT

Evaluation of Family Functioning Scale (EFF)

The Evaluation of Family Functioning Scale (EFF) is a measure of family functioning in relation to health matters. It was developed primarily to help the community nurse assess the families whom she serves. While the authors were inspired in large part by the Family Coping Index (Freeman et Lowe, 1962), the actual EFF was developed, validated and used in a research project (Thibaudeau, 1983) with disadvantaged families in order to make a diagnosis of the functioning of the family, and to plan nursing care. It was used regularly over time to measure change globally and with respect to certain health care functions. The scale consists of nine dimensions, each of which are measured on a nine point graphic scale. The validation process is reported (i.e. concomitance between measures, test-retest reliability, internal consistency and principal component analyses, etc.) and the limitations of the scale are discussed.

Annexe A

Échelle du fonctionnement de la famille

Nom de famille: _____ Date: _____

Infirmière: _____ Agence: _____

Domaine et niveau de compétence (fonctionnement familial)	Commentaires
A. Connaissance en matière de santé-maladie 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
B. Habileté en matière de santé-maladie 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
C. Habitudes de vie et application des principes d'hygiène 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
D. Attitudes envers la santé et les services 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
E. "Coping" (capacité de faire face au stress) 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
F. Modes de vie familiale 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
G. Action sur l'environnement physique 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
H. Connaissance et utilisation des ressources de la collectivité 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
I. Participation sociale 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

Annexe B

Dimension B: habileté à résoudre les problèmes de santé et à prévenir les complications

L'habileté se manifeste de deux façons: (a) par l'identification de la condition et de sa gravité à la suite d'observations et par la prise de décision sur les façons d'éliminer le problème ou d'améliorer la condition; (b) par les actes posés pour résoudre le problème, protéger l'entourage et prévenir les complications. Ces actes peuvent être de nature spécifique telle que donner des médicaments pour une infection, isoler l'enfant pour prévenir la contagion, aider dans ses devoirs un enfant qui a un problème de lecture, ou de nature générale telle que des mesures d'hygiène générale et de réconfort.

NIVEAU 1. La famille est nettement incapable d'identifier la gravité de la situation et de donner les soins appropriés ou d'exécuter des prescriptions médicales en toute sécurité. Elle manifeste des comportements de négligence ou de laisser-faire dans l'observation et le soin des membres de la famille ou bien elle a recours constamment à un service d'urgence pour des banalités.

NIVEAU 2. La famille peut identifier une condition aiguë et manifeste (ex., troubles respiratoires), mais elle ne peut poser des actes appropriés autres que de recourir à un professionnel de la santé. Elle peut savoir prendre la T° mais elle ne sait pas en interpréter les degrés. Ou bien elle sait poser un certain nombre d'actes spécifiques mais néglige les mesures d'ordre général. Elle est surtout portée à négliger les problèmes de nature psycho-sociale.

NIVEAU 3. La famille répond partiellement aux besoins de ses membres ou elle donne des soins à certains et en néglige d'autres. Elle fait des observations et pose des actions appropriées pour les conditions les plus habituelles. Elle peut exécuter des traitements mais tend à négliger la prévention des complications.

NIVEAU 4. La famille identifie les conditions usuelles et sait comment intervenir. Elle ne fait appel aux services de santé que si nécessaire. Elle protège les autres membres de la famille contre la contagion. Elle porte une certaine attention aux problèmes de nature psychologique. Elle donne les soins spécifiques appropriés et un certain nombre de soins généraux.

NIVEAU 5. La famille fait des observations pertinentes et identifie correctement la gravité de la condition. Elle pose des actes appropriés du point de vue des soins spécifiques et des soins généraux. Elle sait quand faire appel aux agences de santé. Tous les membres participent à la solution du problème selon leur âge et leur capacité. Elle porte beaucoup d'attention aux problèmes de nature psychologique.